**２０２４年度 東京大学医科学研究所共同研究申請書**

**（被災研究者支援）**

国立大学法人

東京大学医科学研究所長　　殿

|  |
| --- |
| 申請者（研究代表者)　 |
| 所属機関 |  |
| 職　　名 |  |
| 氏　　名 |  |
| 所属機関 住所（所在地） | 〒 |
|  |
| E-mail |  |
| TEL |  |

下記により、共同研究を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請する領域名（研究区分）※該当する研究領域名に**〇**をつけてください | 領域名：（1）先端医療研究開発共同研究領域（2）ゲノム・がん・疾患システム共同研究領域（3）感染症・免疫共同研究領域　　　　　 |
| 研究課題名 |  |
| 医科研受入教員 |  |
| 研究期間（予定） | （西暦）　　　　年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 研究経費（概算） | 研究経費（ 千円 ） | 使　　用　　内　　訳　　（　千円　） |
| 国内旅費 | 消耗品費・その他 |
| 千円 | 千円 | 千円 |
| （内訳：来所回数、期間等概略を記入下さい。例：１泊２日　３回） | （内訳：概略を記入願います。例：試薬等：○円） |
|  |  |

|  |
| --- |
| **研 究 組 織*** + - * 医科研メンバーも記入してください
			* 所属が医科研の場合は、分野・施設等を記入してください
			* 研究分担者に若手研究者・大学院生を含める事が可能です

 |
| 氏　名 | 所属機関・部局等 | 職　名 | 役割分担 |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **研究計画・研究内容** |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **使用設備等** |  |

 |
| **当該共同研究に期待される研究成果** |
|  |
| **準備状況（特に医科研受入教員との連絡状況、遺伝子組換え実験・動物実験の有無、倫理委員会承認の有無）** |
|  |
| **この研究に係わる研究資金獲得状況・研究論文発表状況　(特に関連の強いものを挙げて下さい)** |
|  |